

GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH

A B S T R A C T

Establishment – A.P.G.L.I. Department – Acceptance of recommendation of the Committee with regard to Online Payment of Loan & Claim to the Policy holders of A.P.G.L.I. Fund – Orders - Issued – Regarding.

FINANCE (ADMN.II) DEPARTMENT

G.O.Rt.No. 2931

Date:10.07.2013.

Read the following:

1. G.O.Ms.No. 83 Finance (Admn.II) Department, dated 07-01-2013.
2. Submission of Report of the Committee on simplification of Procedures in the Directorate of Insurance, dated 27-02-2013.
3. Le.No.01/General-I/2012-13-3, Director of Insurance, A.P., Hyderabad.
Dated:21.03.2013 & 18.06.2013.

* * * * *

ORDER:

In the reference 1st cited, the Government have constituted a Committee to study the possibilities of simplification of procedures and efficient functioning of the Department to render quick service to the Policy holders.

2. In the reference 2nd cited, the Committee has submitted a report to the Government, wherein it was recommended for Online Payment of Loans & Claims in place of existing procedure of issuing Cheques / Bank Drafts.

3. In the reference 3rd cited, the Director of Insurance has stated that the Committee in its report has recommended to make On-line Payment, the Department contacted the State Bank of Hyderabad, who suggested to open a zero balance current Account for transfer of amounts to the individual accounts of Policy Holders on settlement of claims and sanction of Loans and also stated that this procedure is also being followed in Pay & Accounts Office, Hyderabad towards crediting of salaries of employees of Twin Cities. Further, he has informed that this process was implemented for certain transactions by NEFT as per procedure shown by the State Bank of Hyderabad in District Insurance Office, Hyderabad on trial and check basis which was proved successful and gave good results.

4. Further, he has requested the Government to accord permission to implement Online Payments of Loan & Claim to the Policy Holders in accordance with the procedure laid down by the Banks where the Letter of Credit Accounts are being operated by the concerned District Insurance Offices.

5. After careful examination of the matter, Government hereby accord permission to the Director of Insurance to undertake Online Payments of Loans & Claims to the Policy Holders in accordance with the procedure laid down by the Banks where the Letter of Credit accounts are being operated by concerned District Insurance Offices. The respective Branch Managers of State Bank of Hyderabad / State Bank of India are requested to co-operate and do the needful for making Online Payments.

6. Copy of this order is available on Internet and can be accessed at address <http://www.ap.gov.in.goir>.

(BY ORDER AND IN THE NAME OF THE GOVERNOR OF ANDHRA PRADESH)

Dr. D. SAMBASIVA RAO
PRINCIPAL SECRETARY TO GOVERNMENT (FP)

To

The Director of Insurance, A.P., Hyderabad

The Managing Director, A.P.T.S., Hyderabad.

The Director of Treasuries & Accounts, Hyderabad.

All District Treasuries Officers.

All Treasury Branch Managers of

State Bank of Hyderabad / State Bank of India.

Copy to:

SF/Scs.

//FORWARDED :: BY ORDER//

SECTION OFFICER

CLAIM FORM

క్లెయిమ్ ధరఖాస్తు

**Form No. 12**
సమూహా నెం. 12

DIRECTORATE OF INSURANCE
డైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము, ఆంధ్ర ప్రదేశ్
HYDERABAD, Andhra Pradesh
హైదరాబాద్

Form No. 1

క్లెయిమ్ ఫారం నెం. 1

District Insurance Office : _____

జిల్లా బీమా కార్యాలయం : _____

APPLICATION FOR REFUND OF AMOUNT FROM THE DIRECTORATE OF INSURANCE, HYDERABAD
(To be filled by the Subscriber)

బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు కార్యాలయం, హైదరాబాదు నుండి మొత్తం వాపసుకోరుతున్నట్టి దరఖాస్తు
(దీనిని చందాదారు పూర్తి చేయాలి)

Policy No.

పాలసీ నెం.

1. Name of the Subscriber

చందాదారుని పేరు

2. Father's Name తండ్రి పేరు
3. Designation హోదా
4. Name of the Office and the District where the Subscriber was last in Service

చందాదారు సర్వీసు చివరి రోజులలో పనిచేసిన కార్యాలయము పేరు, జిల్లా పేరు

5. Date of Maturity

పాలసీ మెచ్యూరిటీ తేది

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
| | | | | | | | |

6. Date of Birth

పుట్టిన తేది

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
| | | | | | | | |

7. a) Date of Retirement

ఎ) సర్వీసు సమాప్తమైన తేది

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
| | | | | | | | |

Nature of Retirementపద ☐ రికమణ ☐ వరణ**Superannuation**

సూపర్ యానువేషన్

Voluntary

స్వచ్ఛంద

Compulsory

నిర్బంధ

b) Month of last deduction of Premium

బి) ప్రీడియం మొత్తాన్ని వసూలు చేసిన చివరి తేది

8. Name of the Bank where payment is desired

చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు

Branch Name

బ్రాంచి పేరు

IFS CODE

ఐ ఎఫ్ యస్ కోడ్

Bank Account No.

బ్యాంకు ఖాతా నెంబరు

(Contd - 2)

9. **Employee I. D. No.** ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు
10. **Mobile No.** మొబైల్ నెంబరు
11. **Aadhar Card No.** ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు
12. **Office in which the subscriber has worked during the last (5) years**
చందాదారు చివరి (5) ఏళ్లు పని చేసిన కార్యాలయం పేరు
13. **Full Address of the Applicant**
దరఖాస్తు దారు పూర్తి చిరునామా

14. **A) I have obtained ₹ _____ towards A. P. G. L. I. Loan and there is a balance ₹ _____ to be paid which may be recovered alongwith interest from my Policy amount**
ఎ) ₹ _____ ఏ. పి. జి. ఎల్. ఐ. నుండి ఋణం పొందివున్నారు. ఈ మొత్తానికి గాను, ₹ _____ చెల్లించవలసి వున్నది. ఈ మొత్తాన్ని వడ్డీతో సహా నా పాలీసీ మొత్తం నుండి వసూలు చేసుకొనవచ్చును
14. **B) I do hereby declare that if in future it is found that any excess payment was made to me in advertantly, I shall be held responsible to repay such excess amount and give my consent for deduction of the same from my Pension.**
బి) ఏదైనా అధిక మొత్తం పొరపాటున చెల్లింపు జరిగిందని మున్ముందు కనుగొనిన సక్షంలో, అట్టి అధిక మొత్తాన్ని తిరిగి చెల్లించేందుకు బాధ్యుడనై వున్నానని, అట్టి మొత్తాన్ని నా పించను నుండి తగ్గించుకొనేందుకు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తు ఇందుమూలంగా ప్రకటించుచున్నాను.

Date
తేది

Signature of Subscriber / LTI
చందాదారు సంతకం / వేలి ముద్ర

S/O _____ Certified that the above Signature of Sri / Smt _____ is signed in my presence.

పైన చేసిన సంతకం / వేసిన బొటన వ్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి ----- (తండ్రి పేరు)
----- వారిదని ధృవీకరించడమయినది.

Station :
స్థలము :

Date
తేది

Office Seal
కార్యాలయం ముద్ర

Signature of the Certifying Gazetted Officer
ధృవీకరిస్తున్న గెజటెడ్ అధికారి సంతకం

Name of the Officer
అధికారి పేరు

Designation
హోదా

(Contd – 3)

:: 3 ::

₹ 1/-

Revenue Stamp
రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT

రశీదు

Note : If the Amount exceeds ₹ 5,000/-, Revenue Stamp shall be affixed.

గమనిక : పైకం ₹ 5,000/- లకు పైకినట్లయితే స్టాంపు అతికించాలి

Policy No. _____

పాలసీ నెంబరు : _____

I _____ have received a sum of ₹ _____ (Rupees
Only) from Directorate of Insurance,
Andhra Pradesh, Hyderabad vide Cheque / D. D. / Online Payment No. _____ dated :
_____ towards sanction of Loan / Settlement of Claim against my Policies.

₹ _____ (రూపాయలు _____) అను నేను జీత బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైదరాబాద్ నుండి
మాత్రమే తేది : _____ నెంబరు _____ గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేమెంట్
ద్వారా అందుకొన్నట్లు యిందుమూలముగా రశీదు అందచేస్తున్నాను.

Signature
సంతకము

I hereby certify that the above Signature of Sri / Smt _____
is made in my presence.

_____ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని
ధృవీకరించుచున్నాను.

Station :
స్థలము :

**Signature of Drawing and Disbursing
Officer with Seal**

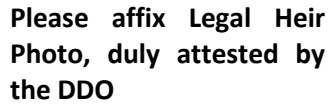
ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము
కార్యాలయ ముద్రతో

Date :
తేది :

Name :
పేరు :

Designation :
హోదా :

మరణ క్షయిమ్ ఫారం



DIRECTORATE OF INSURANCE
డైరెక్టరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము
HYDERABAD
హైదరాబాద్
Form – 2
ఫారం - 2

(Contd – 2)

చనిపోయిన వ్యక్తి యొక్క భార్య లేదా భార్యల పేర్లు, పిల్లల పేర్లు మరియు వయస్సు

| |
|--|
| |
|--|

చెల్లింపు కోరుచున్న బ్యాంక్ పేరు

బ్రాంచి పేరు

ಐ ಎಫ್ ಯುಸ್ ಕೋಡ್

ಬ್ಯಾಂಕು ಖಾತಾ ನೆಂಬರು

ఆధార్ కార్డ్ నెంబరు

[illegible]

అబ్బిదారుని పూర్తి చిరునామా

| |
|--|
| |
|--|

ముఖ్యగమనిక : ఏదేని ఖాదము ఉన్నయెడల ఈ శాఖ యొక్క నిబంధన 32 (డి) (3) ప్రకారం చెల్లింపు పరిష్కరించబడును.

ప్రకటన

ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు లేక చనిపోయిన వ్యక్తికి □తంతువు లేదా □తంతువులు లేదా వారికి కలిగిన మైనరు కొడుకులు పెండ్లి కాని కుమార్తెలు ఎవరు లేదని ఇందుమూలముగా ప్రకటించడమైనది. ఇతర హక్కుదార్లు లేదా ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన మైనరు వారసుల మేజిస్ట్రేట్ అయిన □దట ఈ సైక్లములో తమ వాటాను భవ్యత్తులో కోరు పక్షములో ఆ మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుటకు నేను బాధ్యుడనై యుండగలను. ఒకవేళ పారపాటున ఏమైనా ఎక్కువ మొత్తము పొందియున్న యెడల అట్టి మొత్తమును తిరిగి చెల్లించుట బాధ్యత వహించునని ఇందుమూలముగా ప్రకటించుచున్నాను.

దరఖాస్తుదారు సంతకము / వ్రేలి ముద్ర

పర్మిఫి కెట్

It is also certified that the last working days Salary was paid to the Claimant only and the deceased Subscriber was in Service till death.

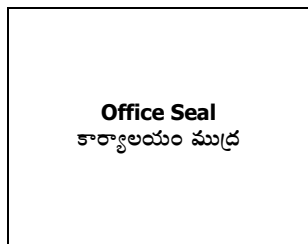
(Contd – 3)

:: 3 ::

దరఖాస్తులో చేసిన నమోదులు సక్రమమైనవినియు, ఆ ఓడరములు నేను ఎరిగినచేసినవియు ధృఢీకరచడమైనది. ఈ దరఖాస్తులో తెలుపబడిన వారు న్యాయబద్ధమైన ఇతర వారసులు ఎవ్వరూ లేరనియు సంతకము లేదా ప్రేలి ముద్ర శ్రీ / శ్రీమతి _____ ఓడంతువు / సంరక్షకుడు అయిన _____ దే ననియు నాకు పూర్తిగా సంతృప్తి కలిగినది. తదుపరి చందాదారుని చివరి రోజుల జీత భత్యములు ప్రస్తుత లబ్ధిదారునికి చెల్లించడమయినదని మరియు చనిపోయిన తేది వరకు సర్వీసులోనే ఉన్నాడని ధృఢీకరించుచున్నాను.

Signature of the Drawing and Disbursing Officer

ఆహారణ మరియు బట్వాడా అధికారి సంతకము



Name of the Officer

In Block Letters

_____ ఓడ అక్షరములలో అధికారి పేరు

Designation

హోదా

Department

శాఖ

Note :- 1. The Application should be certified by the concerned Drawing and Disbursing Officer only.

గమనిక :- 1. ఈ దరఖాస్తును సంబంధిత ఆహారణ మరియు బట్వాడా అధికారి మాత్రమే ధృఢీకరించవలెను.

2. If the Subscriber dies with (3) Years of issue of Policy / Policies, the Drawing and Disbursing Officer shall furnish the details of Leave on Medical Grounds availed for a period of (3) Years (alongwith attested Xerox Copies of Medical Certificate) proceeding the date of commencement of Policy / Policies.

2. చందాదారుడు పాలసీ ప్రారంభపు తేది నుండి (3) సంవత్సరములోపు మరణించినయెడల, ఆహారణ మరియు బట్వాడా అధికారి, సదరు చందాదారుడు పాలసీ ప్రారంభపు తేదికి మూడు సంవత్సరముల కాలమునకు వైద్య కారణముల పై వాడుకొనిన సెలవు ఓడరములను (ధృఢీకరించిన జరాక్స్ వైద్య సర్టిఫికేట్ లతో) తప్పని సరిగా, ఈ దరఖాస్తుతో పంపవలెను.

3. The following documents also shall be compulsorily enclosed.

3. దిగువ తెలిపిన పత్రములు కూడా తప్పక జత చేయవలెను.

Enclosures :

జత చేయవలసిన :

a). Policy Bonds Original

ఎ). పాలసీ పత్రము

b). Legal Heirs Certificate duly attested

బి). వారసత్వపు పత్రము ధృఢీకరణతో

c). Death Certificate duly attested

సి). మరణ ధృఢీకరణ పత్రము ధృఢీకరణతో

(Contd – 4)

:: 4 ::

₹ 1/-

Revenue Stamp
రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT

రశీదు

Note : If the Amount exceeds ₹ 5,000/-, Revenue Stamp shall be affixed.

గమనిక : పైకం ₹ 5,000/- లకు పైకినట్లయితే స్టాంపు అతికించాలి

Policy No. _____

పాలసీ నెంబరు : _____

I _____ have received a sum of ₹ _____ (Rupees
Only) from Directorate of Insurance,
Andhra Pradesh, Hyderabad vide Cheque / D. D. / Online Payment No. _____ dated :
_____ towards sanction of Loan / Settlement of Claim against my Policies.

₹ _____ (రూపాయలు _____) అను నేను జీత బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైదరాబాద్ వారి నుండి
మాత్రమే తేది : _____ నెంబరు _____ గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేమెంట్
ద్వారా అందుకొన్నట్లు యిందుమూలముగా రశీదు అందచేస్తున్నాను.

Signature
సంతకము

I hereby certify that the above Signature of Sri / Smt _____
is made in my presence.

_____ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని
ధృఢీకరించుచున్నాను.

Station :
స్థలము :

**Signature of Drawing and Disbursing
Officer with Seal**

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము
కార్యాలయ ముద్రతో

Date :
తేది :

Name :
పేరు :

Designation :
హోదా :

:: 2 ::

| | | |
|------------------------|---------------------|----------------------|
| 12. Employee I. D. No. | ఉద్యోగి ఐడి నెంబరు | <input type="text"/> |
| 13. Aadhar Card No. | అథార్ కార్డ్ నెంబరు | <input type="text"/> |
| 14. Mobile No. | మొబైల్ నెంబరు | <input type="text"/> |
| 15. E - Mail | ఈ - మెయిల్ | <input type="text"/> |

I hereby declare that the particulars stated above are true and correct.

పై తెలిపిన ఓటరాలు, సరైనవేనని యిందుమూలముగా ధృఢీకరించుచున్నాను.

I hereby authorise the Director of Insurance, Government of Andhra Pradesh to pass orders to effect recoveries of Loans and Interest from my salary in the manner as may be prescribed by him in accordance with the Rules of APGLI Fund.

జీత బీమా శాఖ నియమాల ప్రకారం, బీమా శాఖ డైరెక్టరు నిర్దేశించిన రీతిలో వడ్డీతో పాటు ఋణ మొత్తాన్ని నా జీతం నుండి తిరిగి వసూలు చేసేందుకై తగు ఉత్తర్వులు జారీ చేయడానికి ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వ బీమా శాఖ డైరెక్టరుకు అధికారమిస్తున్నాను.

Date :
తేది :

Signature
సంతకము

It is certified that the particulars stated in the above application are correct to the best of my knowledge and belief and the above Signature of Sri _____ is signed in my presence. He obtained a Loan of ₹ _____ from APGLID out of which ₹ _____ is still outstanding.

పై దరఖాస్తులో తెలిపిన ఓటరాలు నాకు తెలిసినంతవరకు మరియు ధృఢీకరించిన మేరకు సరైనవేనని యిందుమూలముగా ధృఢీకరించుచున్నాను. శ్రీ _____ పై దరఖాస్తు పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారు. ఈయన బీమా శాఖ నుండి యిది వరలో ₹ _____ రుణము పొందివున్నారు. ఈ మొత్తము నుండి ₹ _____ యింకా చెల్లించవలసివున్నది.

Station :
స్థలము :

Signature of Drawing and Disbursing
Officer with Seal

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము
కార్యాలయ ముద్రతో

Date :
తేది :

Name :
(In Block Letters)
పేరు :

(Contd – 3)

:: 3 ::

₹ 1/-

Revenue Stamp
రెవెన్యూ స్టాంప్

STAMP RECEIPT

రశీదు

Note : If the Amount exceeds ₹ 5,000/-, Revenue Stamp shall be affixed.

గమనిక : పైకం ₹ 5,000/- లకు పైకినట్లయితే స్టాంపు అతికించాలి

Policy No. _____

పాలసీ నెంబరు : _____

I _____ have received a sum of ₹ _____ (Rupees
Only) from Directorate of Insurance,
Andhra Pradesh, Hyderabad vide Cheque / D. D. / Online Payment No. _____ dated :
_____ towards sanction of Loan / Settlement of Claim against my Policies.

₹ _____ (రూపాయలు _____) అను నేను జీత బీమా శాఖ డైరెక్టరేటు, హైదరాబాద్ నుండి
మాత్రమే) తేది : _____ నెంబరు _____ గల చెక్కు / డి. డి. / ఆన్ లైన్ పేమెంట్
ద్వారా అందుకొన్నట్లు యిందుమూలముగా రశీదు అందచేస్తున్నాను.

Signature
సంతకము

I hereby certify that the above Signature of Sri / Smt _____
is made in my presence.

_____ చేసిన పై సంతకము నా సమక్షములో చేశారని
ధృవీకరించుచున్నాను.

Station :
స్థలము :

**Signature of Drawing and Disbursing
Officer with Seal**

ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి సంతకము
కార్యాలయ ముద్రతో

Date :
తేది :

Name :
పేరు :

Designation :
హోదా :